

44

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 décembre 1893, à 1 heure

Par ALBERT COUATARMANACH

Né à Saint-Méloir-des-Ondes (Ille-et-Vilaine), le 4 mai 1868

ÉTUDE
SUR UNE FORME ANOMALE
DE LA SCARLATINE

(Scarlatine apyrétique)

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges MM. | TARNIER, professeur.
| MAYGRIER, NETTER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 décembre 1893, à 1 heure

Par ALBERT COUATARMANACH

Né à Saint-Méloir-des-Ondes (Ille-et-Vilaine), le 4 mai 1868

ÉTUDE
SUR UNE FORME ANOMALE
DE LA SCARLATINE

(Scarlatine apyrétique)

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. { TARNIER, professeur.
 { MAYGRIER, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJÉRINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR A. COUATARMANACH

Chevalier de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR J. FERRON

A MA MÈRE

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOIZARD

Médecin de l'hôpital Trousseau
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin de l'hôpital Andral
Chevalier de la Légion d'honneur

ÉTUDE
SUR UNE FORME ANOMALE
DE LA SCARLATINE

(Scarlatine apyrétique)

INTRODUCTION

Lorsque l'on consulte les différents traités classiques au sujet des fièvres éruptives on voit que toute scarlatine régulière, simple et de moyenne intensité, est caractérisée par trois symptômes principaux : angine, fièvre, éruption. Ces trois éléments constitutionnels de la pyrexie, semblent, dans l'immense majorité des cas, affecter entre eux des rapports très étroits. Cela est surtout évident pour la fièvre et l'éruption. Ces deux facteurs paraissent, en effet, pour ainsi dire inséparables ; ils marchent de pair en quelque sorte, subissant les mêmes différences d'intensité, les mêmes fluctuations, et la chute de la fièvre suit, en général, de près, l'effacement de l'éruption. Les dénominations de *fièvre rouge*, *scarlet fever*, etc., semblent d'ailleurs consacrer l'association des deux manifestations morbides.

Mais il est des formes anormales dans lesquelles l'un des symptômes pathognomoniques de la maladie peut faire entièrement défaut.

Déjà Trousseau avait signalé l'existence de scarlatines dans lesquelles l'exanthème manquait ; ces formes, il les appelait *frustes* ; et en effet le syndrome clinique caractéristique de l'affection n'était plus au complet.

Nous avons eu l'occasion, cette année, d'observer à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le Dr Moizard, d'autres formes de la scarlatine, moins connues, contestées même par quelques-uns, et que nous pouvons considérer également comme *frustes* ; mais cette fois, ce n'est plus l'exanthème qui est absent, c'est la fièvre qui fait complètement défaut, alors que les autres symptômes peuvent acquérir leur intensité ordinaire.

Estimant que la connaissance de ces formes *apyrétiques* est d'un intérêt réel, tant au point de vue nosologique qu'au point de vue essentiellement pratique ; nous avons pensé, engagé d'ailleurs dans cette voie par les conseils de M. le Dr Moizard, qu'il n'était pas inutile d'envisager la scarlatine sous cette nouvelle modalité, et d'ajouter aux cas peu nombreux déjà publiés, des observations nouvelles très concluantes, et dont quelques-unes ont pu être recueillies par nous-même au pavillon Davenne, de l'hôpital Trousseau.

Au début de ce travail, qu'il nous soit permis de remercier tous nos maîtres qui ont concouru à notre éducation médicale. MM. les Drs Chauffard, Peyrot, pendant le temps que nous avons passé dans leur service, ont bien voulu nous honorer de leurs conseils et nous prodiguer

leur enseignement; nous les prions d'accepter l'hommage de notre vive gratitude.

Que M. le Dr Moizard, qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance, et qui a daigné nous inspirer le sujet de notre thèse, reçoive ici l'assurance de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

Nous prions M. le professeur Debove, de recevoir nos sincères remerciements, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

DÉFINITION DE LA SCARLATINE APYRÉTIQUE. SA DISTINCTION
AVEC LA SCARLATINE ABORTIVE.

Par scarlatine apyrétique (α priv. et πυρετός fièvre) il faut entendre toute scarlatine qui évolue sans fièvre aucune, pendant toute la durée de la maladie (37° à 38°, temp. rectale) ou ne s'accompagne que d'une réaction fébrile insignifiante, et cela d'une façon essentiellement transitoire.

Notre définition s'applique à la fois aux cas où les autres manifestations de la maladie (angine, éruption), sont elles-mêmes peu accusées, et aux cas où ces mêmes manifestations sont très éclatantes.

Pour prévenir toute confusion dans l'esprit de ceux qui daigneront nous lire, nous croyons à propos, de dire, dans ce chapitre, quelques mots d'une autre forme de scarlatine, qui, bien que différant essentiellement de celle que nous nous proposons de décrire, peut cependant, dans une certaine mesure et dans certains cas, s'en

rapprocher plus ou moins complètement. Nous voulons parler de la scarlatine dite abortive.

Voici ce que dit M. Letulle (1), dans sa remarquable thèse d'agrégation, au sujet de cette dernière: « La scarlatine peut être abortive de deux façons principales; tantôt la poussée fébrile se fait avec une extrême rapidité, parfois même inappréciable, l'éruption plus ou moins vive s'éteint vite, la desquamation se hâte et au bout de quelques jours tout est terminé. »

Inutile d'insister sur cette première forme qui ne ressemble en rien à la scarlatine apyrétique. M. Letulle continue: « Tout autre serait la seconde forme abortive; l'éruption s'étant faite plus ou moins complète ou généralisée, s'éteint, mais la desquamation tardive allonge la durée de la maladie, si bien qu'abortive pour sa période fébrile, la scarlatine offre une durée totale normale, ou même prolongée, la fin de la desquamation réglant classiquement l'âge de la maladie. »

Cette seconde forme se rapproche déjà un peu plus du type apyrétique; la durée de l'affection est normale, en effet, dans les deux cas, et la plus grande partie de l'évolution morbide, dans cette forme abortive, a été apyrétique. Cependant la fièvre, si éphémère qu'elle soit, est montée à 39° ou 40° au début; de plus l'éruption n'a pas survécu; autant de caractères qui la différencient de la scarlatine apyrétique, telle que nous l'envisageons.

Cependant, nous venons d'observer récemment un cas,

1. Letulle. *Pyrexies abortives*. Th. d'agrég. Paris, 1886.

que nous ne consignons pas au nombre de nos observations, parce qu'il n'a pas entièrement trait à notre sujet : une fillette de 12 ans entre à l'hôpital Trousseau, au second jour de sa maladie, avec une température de 39°,5 ; le même jour, est apparu un exanthème scarlatineux, généralisé d'un rouge vif, écarlate. Cet exanthème ne s'est effacé qu'au bout de six jours ; et la fièvre qui, le lendemain de l'éruption, était montée aux environs de 40°, est tombée brusquement le surlendemain, pour ne plus reparaitre ; l'efflorescence cutanée était encore dans toute sa splendeur.

Nous tenions à signaler ce fait intéressant, comme tenant à la fois, par la courte poussée fébrile, à la scarlatine abortive, et à la scarlatine apyrétique par le reste de l'évolution.

HISTORIQUE

La scarlatine apyrétique semble avoir jusqu'ici peu attiré l'attention des auteurs. A peine trouve-t-on quelques mots épars sur cette forme anormale dans les différents traités.

Rilliet et Barthez (1) sont peut-être les premiers qui aient reconnu l'existence de scarlatines évoluant sans grande manifestation fébrile : « sur un total de 87, ils en notent 4 où la fièvre a manqué complètement ou ne s'est montrée qu'au moment de l'éruption ».

H. Roger (2) a également observé un cas de scarlatine, dont la température ne s'est pas élevée au-dessus de 38°. Plus tard (3) ce dernier signale aussi l'existence de scarlatines légères, de *scarlatinettes*, comme il les appelle, qui ne s'accompagnent que d'une élévation de température, petite, et de courte durée : « Elles sont tellement légères ou fugaces que souvent ces ombres de scarlatines passent inaperçues. » Insistant sur la difficulté et l'importance du diagnostic, Roger continue : « Et pourtant la maladie, dont elles sont la manifestation extérieure, n'en est pas moins réelle ; et si les malades, en apparence

1. Rilliet et Barthez, *Traité des maladies de l'enfance*, t. III, 1843.

2. Roger, cité dans le *Compendium de Médecine*, par Fleury et Monneret, 1846.

3. *De la forme légère de la scarlatine*, par Roger, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1864.

bien portants ou guéris d'une éruption réputée insignifiante, reçoivent l'impression du froid, on voit survenir chez eux des hématuries ou une hydropisie parfois funeste. » A ce propos, il cite le cas d'une fillette de 4 ans, que ses parents déclaraient avoir échappé à la scarlatine qu'avaient eue ses sœurs. « L'éruption et l'angine avaient été si légères, la gaieté de l'enfant si peu affectée, que la sollicitude maternelle n'avait pu en soupçonner l'existence; une anasarque consécutive était venue affirmer le diagnostic ».

Trousseau, l'illustre clinicien, dont personne n'a jamais nié la science profonde d'observation, ne paraît pas avoir relevé de scarlatines apyrétiques. Les deux observations (1) qu'il rapporte, dont l'une lui est personnelle, l'autre empruntée à Graves, et qui ont trait à des malades, dont la seule manifestation morbide a été l'anasarque, semblent plutôt se rattacher à des scarlatines *latentes*.

Sanné (2) consacre quelques lignes, touchant la scarlatine apyrétique. Insistant sur la tendance qu'a la scarlatine à s'accompagner d'une grande élévation thermique, il fait néanmoins cette restriction : « Il est des cas cependant, dans lesquels la température se modère davantage; elle reste aux environs de 39° et même de 38°,5. » Puis il ajoute : « Dans certains cas très bénins la fièvre serait nulle, mais c'est là une anomalie. »

D'autre part, Picot (de Genève) dans le *Nouveau dic-*

1. Trousseau. *Clinique médicale*, t. I, pages 115, 116.

2. Sanné. *Dictionnaire Dechambre*, 1879, art. *scarlatine*, p. 298.

tionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (1882) ne dit que ces quelques mots : « Il est des cas où la fièvre est très modérée et où la maladie se borne à l'apparition d'un érythème de courte durée accompagné d'une légère angine. »

Cadet de Gassicourt (1), qui a observé d'une façon toute spéciale la marche de la température dans la scarlatine, n'a pas constaté de scarlatine apyrétique proprement dite. Il cite un cas dans lequel les différents symptômes de la maladie, et en particulier la température, ont été très atténués, « la température, souvent normale, notamment les troisième, quatrième et cinquième jour, ne s'élève au-dessus de 39° que le matin du septième. Il serait impossible, si l'on ne savait quels ont été les symptômes, de reconnaître là un tracé de scarlatine. » Il ne lui semble pas possible de descendre plus bas dans la dégradation de la maladie.

On voit que les auteurs que nous venons de citer ne donnent pas à la scarlatine apyrétique toute l'importance que nous croyons devoir lui accorder. Ils admettent bien que dans certains cas la fièvre est très peu intense, mais en même temps les autres manifestations de la maladie sont elles-mêmes très peu accusées.

Guinon, cependant, dans le *Nouveau traité de médecine* (2) est déjà beaucoup plus affirmatif. Après les scarlatines sans exanthème, il décrit des scarlatines sans

1. *Traité des maladies de l'enfance*, 1882, par Cadet de Gassicourt. T. II.

2. *Traité de médecine* par Charcot et Bouchard, art. *Scarlatine*, t. II, p. 56.

fièvre : « Dans cette variété, dit-il, la fièvre elle-même s'atténue malgré une éruption intense et reste au-dessous de 38°,5, puis disparaît deux ou trois jours après. Enfin il est des cas où l'éruption est pâle et éphémère, où la température monte à peine à 38° le jour de l'éruption, puis retombe à la normale aussi longtemps qu'il ne survient pas de complications ; l'angine et les modifications de la langue sont très atténuées, mais il est un signe (et il traduit les paroles de Wertheimber) (1), qui permet de penser à la scarlatine dans les cas douteux : c'est la discordance entre l'accélération remarquable du pouls et l'absence ou la bénignité de la fièvre. » La suite de ce travail montrera que cette assertion n'est pas toujours conforme à la réalité des faits.

Enfin Fiessinger (d'Oyonnax) vient de faire paraître un mémoire très intéressant sur la scarlatine apyrétique (2). Onze observations, recueillies par lui, dans une épidémie, qu'il a rapportée un peu auparavant (3), viennent à l'appui de sa description.

Nous lui emprunterons beaucoup pour notre description clinique. Mais, selon nous, quelques points ont été laissés dans l'ombre par ce distingué praticien. Le but de ce travail est de les mettre en lumière. Nous espérons y parvenir grâce aux quelques observations nouvelles, qu'il nous a été donné de recueillir.

1. Wertheimber, *Munch. medic. Wochens*, 1^{er} juillet 1890.

2. Fiessinger, *Gazette médicale*, n^{os} 9 et 10, mars 1893.

3. *La spontanéité de la scarlatine. Gaz. méd.*, 17 décembre 1892.

SYMPTOMATOLOGIE

La scarlatine apyrétique reproduisant en grande partie les symptômes de la scarlatine classique, nous n'exposerons pas avec détails tout ce qui est dans les traités au sujet de la description de cette dernière, nous n'insisterons que sur les caractères qui différencient ces deux formes d'une même affection.

Comme à la scarlatine normale, on peut assigner quatre périodes à la scarlatine apyrétique.

1° *Incubation*. — C'est le temps qui s'écoule entre l'introduction dans l'organisme du germe infectieux, et l'apparition des premières manifestations morbides. On sait que cette période est variable et indéterminée.

2° *Invasion*. — Cette période, qui peut dans certains cas (Obs. III, IV, XVI, XXII, XXIII) manquer complètement, ou tout au moins échapper à l'observation, est caractérisée habituellement par l'apparition de quelques phénomènes généraux le plus souvent peu intenses. Chez la plupart des malades, c'est un malaise général, avec inappétence, et céphalalgie qui ouvre la scène (Obs. I, II, VII, VIII, XII, XIV, XVII, XVIII); à ces symptômes peuvent se joindre des vomissements alimentaires ou bilieux (Obs. V, X, XII, XV, XIX, XXI). Fiessinger a observé un cas où la période d'invasion s'est caractérisée par une sensation de froid, un autre par des douleurs abdominales (Obs. VIII et IX).

L'angine scarlatineuse peut se montrer dès le début et accompagner ces phénomènes généraux (Obs. VI, IX, X, XI, XIII, XV, XVII, XIX, XX) ; elle peut être aussi la première et la seule manifestation de la période prodromique (Obs. XXIII).

Règle générale, le début de la scarlatine apyrétique est peu bruyant, et les petits malades (l'enfance est surtout frappée), après quelques heures de malaise, ne tardent pas à reprendre leur gaieté et leurs jeux.

3° *Eruption*. — L'éruption, qui peut éclater d'emblée, seule (Obs. III, IV, XXII) ou accompagnée d'angine (XVI), survient rapidement, habituellement le second jour ; dans quelques cas cependant elle ne s'est montrée que le troisième (Obs. XIX, XXI). Cette éruption, qui comme dans la scarlatine ordinaire, se montre ordinairement et tout d'abord dans les régions antérieures du cou, de la poitrine et de l'abdomen, pour envahir dans la suite les autres parties du corps, est variable comme aspect et comme étendue. Elle peut affecter une teinte pâle, faiblement rosée (Obs. II, VII, VIII, XI, XII, XIII, XV, XVIII, XXII), ou être au contraire d'une couleur plus foncée, cramoisie, framboisée (Obs. I, III, X, XIV, XVI, XVII, XIX, XXIII), ou encore être d'un rouge piquant, rappelant assez bien la teinte d'une écrevisse cuite (Obs. XX). La coloration n'est pas uniforme ; sur un fond plus pâle, se dessinent une multitude de petits points plus foncés, qui lui donne un aspect granité spécial à la scarlatine.

Elle est souvent partielle ou du moins beaucoup plus marquée dans certaines régions, aux lombes, à la partie inférieure du ventre, aux aînes, à la ra-

cine des membres. Dans nos observations on retrouve ces différentes localisations. Elle peut affecter la forme de placards, rouges, isolés, en certaines régions, la partie inférieure du dos et les genoux par exemple (Fiessinger; Obs. IX). Elle peut être généralisée et présenter le même aspect sur toute la surface du corps. Dans certains cas, la face n'est pas respectée (Obs. XX, XXIII).

Deux fois seulement nous avons noté des vésicules miliaries sur certains points du corps (Obs. XVII, XX). Fiessinger l'a noté une fois (obs. V).

Chez les scarlatineux qui font l'objet de nos observations, il n'a pas été constaté de prurit bien net, accompagnant ou suivant l'éruption. Fiessinger l'a constaté quatre fois (Obs. IV, VI, VII, IX).

La durée de l'éruption est aussi variable et semble être en rapport direct avec son intensité; une éruption peu accusée s'efface habituellement après trois jours (Obs. II, VII, VIII, XII, XIII, XIV, XXII), une fois cependant elle a persisté pendant cinq jours (Obs. IX); une éruption vive et généralisée retarde rarement avant le cinquième jour; on en a même vu se prolonger pendant six et sept jours (observations personnelles), huit jours (Obs. III de Fiessinger). Cela prouve que l'intensité et la durée de l'éruption ne sont nullement en rapport avec la courbe cyclique.

La langue, d'après Fiessinger, reste blanche, rouge à la pointe et sur les bords, ou bien se recouvre à la partie centrale d'un enduit saburral, déchiqueté, rayonnant vers les rougeurs périphériques. Elle ne présenterait pas d'autres modifications et n'arriverait pas, ne se dépouil-

lant pas de son épithélium, à présenter la rougeur framboisée et l'aspect vernissé, avec saillies papillaires, si spécial à la scarlatine. Mais disons tout de suite qu'il n'en est pas toujours ainsi ; dans quatre cas avérés (XVII, XX, XXI, XXIII), nous avons retrouvé cette langue classique, rouge, desquamée, d'une coloration vineuse, et hérissée de papilles.

L'angine qui, comme nous venons de le voir, peut se montrer dès le début, présente à peu de chose près les mêmes modifications que dans la forme classique. Elle est assez habituellement légère, caractérisée par une rougeur diffuse peu intense, du voile du palais, des piliers et de la luette. Dans d'autres cas, c'est un piqueté plus ou moins vif, étendu sur le voile du palais, des piliers, de la luette (Obs. I et XI), qui constitue l'énanthème ; ailleurs ce sont des plaques rouges, vineuses (Obs. VI, X) ; quelquefois il y a turgescence des amygdales et rougeur vive de toute la région de l'arrière-bouche (Obs. VII, IX, X, XV, XVII, XX, XXI, XXIII) ; au bout de deux à trois jours, les amygdales se recouvrent fréquemment de concrétions blanchâtres, pultacées, peu adhérentes (Obs. III, V, VII, VIII, IX, X, XV, XX, XXI, XXIII). Nous n'avons pas observé de fausses membranes. Fiessinger en a vu un cas (Obs. VI) ; mais peut-être faut-il faire quelques réserves à ce sujet. Parfois il y a engorgement des ganglions sous et rétro-maxillaires (VI, XX, XXI, XXIII) ; enfin l'angine peut parfois manquer (Obs. XXII).

Nous n'avons rencontré que deux fois quelques légères traces d'albumine dans les urines pendant cette

période ; dans une observation de Fiessinger (VI) l'albumine a été également notée.

4° *Desquamation*. — La desquamation ne diffère en rien de la forme classique. Sauf en un cas, où la peau tombait déjà, alors que l'érythème subsistait encore, elle s'effectue le plus souvent après l'effacement des rougeurs en fournissant des écailles de dimension plus ou moins grande, au tronc, à la poitrine, à la face, et des lambeaux plus larges dans les régions où la peau est plus épaisse (membres, pieds, mains). Dans deux cas, l'exfoliation épidermique a été furfuracée (Obs. IV, XVIII). Peut-être pourrait-elle manquer complètement dans certains cas. Son intensité et sa durée sont en rapport avec la violence de l'éruption : peu accusée et de courte durée, quand l'éruption a été pâle et éphémère ; plus abondante et plus longue lorsque l'éruption a été intense. Sa durée varie d'ailleurs de dix jours à un mois.

Est-il besoin d'ajouter que toutes ces périodes dont nous venons d'analyser les symptômes se déroulent sans fièvre et sans donner lieu à aucun des phénomènes généraux habituels ? Pendant tout le cours de leur affection les enfants conservent leur gaieté et leur appétit. Les nuits seulement sont parfois quelque peu agitées et la soif un peu plus vive que de coutume.

L'apyrexie peut être complète pendant tout le cours de la maladie. Fiessinger cite trois cas de ce genre, nous six ; la température rectale n'ayant jamais dépassé 38°. Dans quelques autres cas, ce degré thermique a été un peu dépassé, mais cela n'a été que d'une façon tout à fait éphémère (24 heures en moyenne).

Obs. II. — T. max. 38°,6.

Obs. V. — T. max. 38°,7.

Obs. VIII. — T. max. 38°,6.

Obs. X. — T. max. 38°,4.

Obs. XII. — T. max. 38°,2.

Obs. XIII. — T. max. 38°,2.

Obs. XVI. — T. max. 38°,4.

Obs. XVII. — T. max. 38°,6.

Obs. XIX. — T. max. 38°,4.

Obs. XX. — T. max. 38°,6.

Obs. XXIII. — T. max. 38°,5.

Cette légère et fugace ascension thermométrique peut se produire aux différentes périodes : invasion, éruption et même desquamation (Obs. XVII, XIX, XX).

En ce qui nous concerne, il n'a pas été possible d'observer toujours dès le premier jour la température, laquelle, dans la majorité des cas, a été prise le deuxième et troisième jour de la maladie ; mais étant donné l'intensité des autres manifestations morbides, chez certains sujets, coexistant avec une température nulle, il y a tout lieu de supposer que pas un des malades relatés dans nos observations n'a présenté à aucun moment d'élévation notable de la température.

Comme le voulait Wertheimber, le pouls n'est pas toujours accéléré dans la scarlatine apyrétique. Cela est en général vrai ; ainsi : avec une température de 37°,2, une fillette de cinq ans avait 128 pulsations le premier jour de l'éruption ; le troisième jour, avec la même température, elle n'en donnait plus que 100 (Obs. III).

Avec une température de 37°,4, la petite malade, n° 20,

avait 122 pulsations ; plus tard, le pouls était tombé à 96. D'autre part, nous pouvons voir que chez le petit malade n° 21, âgé de 7 ans, le pouls n'a pas dépassé 85.

La *durée* totale de la scarlatine apyrétique est normale.

DIAGNOSTIC

La scarlatine ainsi envisagée, et, dépouillée, par conséquent, d'un de ses éléments essentiels et caractéristiques, doit être le plus souvent d'un diagnostic difficile et fort délicat.

Grâce à l'élément fébrile, il était possible, en effet, dans bien des cas, de séparer nettement la scarlatine des diverses affections qui peuvent la simuler. M. Cadet de Gassicourt (1) écrivait : « Toujours l'examen de la température m'a permis de sortir du doute ou d'éviter l'erreur ».

Dans la scarlatine apyrétique, ce point de repère n'existe plus.

Avant de passer en revue les différents états morbides qui peuvent affecter des points de ressemblance avec la scarlatine apyrétique, disons tout de suite qu'il est des cas, cependant, dans lesquels le diagnostic est possible; même facile.

La scarlatine apyrétique, comme nous l'avons dit au début de ce travail, doit être considérée comme une forme *fruste* (quant à la fièvre); et Trousseau pour diagnostiquer une scarlatine sans *exanthème*, se basait nécessairement sur l'ensemble des autres manifestations de la maladie. Usant du même procédé, nous pouvons dire ici

1. *Loco citato*, p. 420-421.

que si tous les autres symptômes de l'affection qui nous occupe sont bien accusés, si l'angine et l'éruption sont bien caractérisées ; si, signe d'une très grande valeur, la langue se dépouille et présente l'aspect framboisé caractéristique, si le pouls est accéléré, on peut se fier à cet ensemble symptomatique et affirmer le diagnostic de scarlatine. Il n'est même pas besoin de commémoratifs. Ces cas si nets existent malgré l'absence de fièvre (Obs. XVII, XX, XXIII).

Encore faut-il admettre l'existence de ces formes spéciales, car si on l'ignorait, la discordance entre la température normale et l'intensité des autres symptômes induirait plutôt en erreur.

Ces généralités étant faites, entrons un peu dans le détail et étudions quelques affections qui présentent des analogies avec la scarlatine apyrétique :

Avant l'apparition de l'exanthème cutané, le diagnostic de l'angine scarlatineuse, avec l'angine catarrhale, simple, commune, est fort difficile, la grande élévation thermique étant le seul signe qui puisse en faire soupçonner l'origine spécifique. Peut-être la coloration de l'angine scarlatineuse est-elle un peu plus foncée ; est-elle aussi peut-être un peu moins douloureuse que l'angine commune.

Le diagnostic avec les *érythèmes scarlatiniiformes secondaires*, est en général facile à établir, car ces derniers surviennent le plus souvent dans le cours, rarement au début, d'une affection déjà reconnue (variole, choléra, typhus, rhumatisme, goutte, diphtérie, etc.), il suffit de savoir que ces faits ne sont pas très rares pour éviter

l'erreur. De plus ces érythèmes secondaires ont des caractères spéciaux, énumérés un peu plus loin à propos des érythèmes primitifs.

Arrêtons-nous cependant quelque temps sur les *rash scarlatiniiformes*, survenant dans le cours de la *diphthérie* : dans la diphthérie, en effet, il y a angine, l'enfant qui en est atteint, ne semble pas, au moins tout d'abord, avoir de troubles généraux graves et la température est le plus souvent très modérée. Autant de caractères retrouvés dans la scarlatine apyrétique.

Malgré ces analogies, on pourra cependant éviter l'erreur dans la très grande majorité des cas : l'exanthème dans la diphthérie, avant d'être franchement scarlatini-forme, a passé par divers stades de transformation qu'il est en général facile de suivre ; il survient assez rarement au début ; ordinairement il ne se montre que plusieurs jours après l'angine, souvent même après l'opération de la trachéotomie ; il a une durée éphémère et n'est pas suivi de desquamation (1) ; il récidive facilement et possède, en un mot, les caractères (2) qui le distinguent des érythèmes spécifiques.

Les autres caractères et en particulier ceux de l'an-

1. Dans un cas cependant observé par M. Mussy et consigné dans sa thèse (Obs. III, thèse de Paris, 1892), un de ces érythèmes scarlatiniiformes dans la diphthérie, fut suivi d'une véritable desquamation, à écailles même plus larges, que celles que l'on trouve ordinairement dans la scarlatine. Mais une nouvelle poussée éruptive survint pendant cette abondante desquamation.

2. Voir à la fin du chapitre.

gine sont aussi assez tranchés pour ne pas permettre la confusion :

L'angine scarlatineuse envahit d'emblée toutes les parties (piliers, voile, amygdales) et y reste cantonnée ; l'angine diphthérique suit une marche progressive.

Les concrétions caséiformes de l'angine scarlatineuse sont le plus souvent blanches, molles, pulpeuses, s'enlevant facilement ; les sécrétions de la diphthérie sont jaunâtres, prennent rapidement la consistance pseudo-membraneuse, sont très adhérentes et se reproduisent facilement quand on les enlève. Choses rares dans la scarlatine, surtout apyrétique.

L'angine dans la scarlatine reste limitée aux parties primitivement envahies ; l'angine diphthérique a une tendance remarquable à gagner le larynx et les fosses nasales.

L'engorgement ganglionnaire est constant dans la diphthérie, et la région cervicale est souvent empâtée ; phénomènes beaucoup moins accentués et plus rares dans la scarlatine apyrétique.

La langue qui, dans la scarlatine apyrétique, peut se dépouiller de son épithélium ou en tous cas se couvrir d'un enduit saburral et être rouge à la pointe, ne subit pas de modifications notables dans la diphthérie.

S'il existait d'ailleurs quelques doutes, l'examen bactériologique les mettrait à néant.

Les symptômes généraux, qui sont à peu près nuls dans la scarlatine apyrétique, ne tardent pas malgré tout à devenir inquiétants dans la diphthérie, et les petits malades présentent bientôt les signes d'une intoxication

aiguë : pâleur, anémie, petitesse et irrégularité du pouls.

Les urines contiennent presque toujours et dès le début de l'albumine, dans la diphthérie ; rarement dans la forme apyrétique de la scarlatine. Le pronostic est grave dans l'une ; favorable dans l'autre.

Tels sont les caractères distinctifs qui, la plupart du temps et en l'absence de notions étiologiques, permettront de reconnaître les deux affections.

Il faut savoir aussi que certains aliments (poissons) (1), certaines substances médicamenteuses, le mercure en première ligne (Baron) (2), l'opium, la belladone (Jolly) (3), l'antipyrine, les iodures, etc., peuvent donner naissance à des éruptions *scarlatini-formes* qui peuvent embarrasser le diagnostic.

L'absence totale d'angine, la marche de l'éruption, l'observation attentive des symptômes, la desquamation négative et surtout les commémoratifs mettront sur la voie du diagnostic. Il faut se rappeler que ces éruptions peuvent survenir longtemps après l'ingestion des substances qui les ont provoquées.

La *rubéole* présente aussi quelque analogie avec la scarlatine apyrétique. La rareté de l'affection, du moins, en France, l'absence d'angine, le polymorphisme de l'exanthème seront les principaux éléments de diagnostic.

Les autres affections, telles que l'*urticaire*, la *miliaire rouge*, l'*érythème papuleux*, l'*eczéma rubrum*, la *roséole syphilitique*, offrent le plus souvent des caractères assez

1. Obs. de Cadet de Gassicourt, *loco citato*.

2. Baron. *Gaz. méd.*, 1850, Obs. II.

3. Jolly. *Archives générales de médecine*, 1^{re} série, t. 48, p. 92.

tranchés, pour ne pas laisser un seul instant place au doute.

Nous touchons au point le plus délicat, mais aussi le plus important de ce chapitre. Reste à faire le diagnostic différentiel de la scarlatine apyrétique, avec les *érythèmes scarlatiniformes, idiopathiques*, qui surviennent en dehors de toute maladie franche. H. Roger, insistait déjà, nous l'avons dit au début de ce travail, sur la difficulté qu'il y a à séparer les « scarlatinettes » qui ne s'accompagnent que d'une température basse, des érythèmes non spécifiques ; et le principal signe fourni par Cadet de Gassicourt (1) : la discordance entre l'intensité de l'éruption de la température ne peut plus servir ici.

Ce dernier auteur rapporte le cas d'une fillette dont la peau présentait tous les caractères d'un exanthème scarlatineux, mais dont la température resta peu élevée, puisqu'à son maximum elle ne dépassa pas 38°,9. Cette discordance aurait suffi, d'après lui, et malgré les commémoratifs (elle avait mangé du poisson) pour assurer la nature non spécifique de son affection. On verra que pas un des malades qui font l'objet de nos observations, n'a jamais atteint une température maxima de 38°,9. Cet élément de diagnostic tombe donc devant la scarlatine apyrétique.

Sans doute, ces deux états morbides diffèrent : les conditions étiologiques non spécifiques, la durée variable et prolongée de l'éruption, l'absence presque constante de desquamation, qui, quand elle existe, a lieu avec l'effa-

1. *Loco citato.*

cement des rougeurs et présente l'aspect furfuracé, les caractères récidivants (Besnier) (1) sont les attributs propres à l'érythème simple. Ces caractères tracent, il est vrai, une ligne de démarcation assez nette entre les deux affections. Mais cliniquement, ont-ils une valeur bien réelle ? Pour n'en prendre que quelques-uns ; en présence par exemple d'un exanthème scarlatineux sans manifestation fébrile pourra-t-on toujours remonter à la source de l'infection ? Elle n'en existe pas moins pourtant ; dans les grands centres, à Paris, surtout, il est aisé de comprendre combien est souvent difficile l'enquête étiologique : à la campagne où les cas sont plus restreints, la notion étiologique aurait plus de valeur. D'autre part, la simultanéité de l'éruption et de la desquamation est plutôt, il est vrai, le fait des érythèmes (2). L'observation VI prouve cependant que cette simultanéité existe également dans la scarlatine.

Une desquamation classique appartient presque entièrement à la scarlatine ; mais d'une part, ce serait attendre longtemps avant de poser son diagnostic ; d'autre part l'absence ou l'aspect furfuracé de la desquamation n'élimine pas d'une façon absolue la scarlatine : dans certains cas, rares à la vérité, la desquamation peut manquer ou se présenter sous cet aspect farineux (Obs. IV, XVIII).

Les érythèmes peuvent-ils desquamer comme la scarlatine, par larges lambeaux ? L'observation de Gubler, celle

1. Besnier. *Pathogénie des érythèmes* (*Annales de dermatologie et de syphilographie*, janv. 1890).

2. Besnier. *Loco citato*.

plus récente de M. Mussy, tendraient assez à le faire admettre. Mais ces cas sont extrêmement rares.

Nous sommes donc obligé, pour établir un diagnostic, de recourir à d'autres moyens d'investigation, qui avouons-le, seront fréquemment impuissants à lever complètement le doute.

Qu'on se reporte au travail fort complet et très intéressant de M. Alméras (1), qu'on y lise les observations, ayant trait aux érythèmes spontanés et l'on verra que le tableau clinique de ces éruptions se rapproche absolument de celui que représente le plus souvent la scarlatine apyretique.

Jetons un coup d'œil rapide sur les symptômes propres à l'érythème spontané.

Cette affection, en effet, commence, d'ordinaire, par quelques phénomènes généraux (malaise, courbature, céphalalgie, vomissements).

Elle présente ensuite une éruption spéciale, rosée, diffuse, pointillée ou uniforme.

Il y a souvent une légère angine consistant en une tuméfaction très peu considérable, avec rougeur diffuse de l'arrière-bouche; les concrétions caséiformes font défaut.

Il n'est pas très rare de voir se développer sur certains points du corps quelques vésicules miliaires.

La langue, souvent saburrale, ne se dépouille pas de son épithélium.

Il y a souvent desquamation fûrfuracée des différentes parties du corps.

1. *Des rash ou exanthèmes scarlatiniformes confondus avec la scarlatine* (Thèse de Paris, 1862).

L'état général du sujet reste bon pendant tout le cours de l'affection. Les urines sont normales.

Les différences objectives des deux affections sont presque illusoires ; étant donné leurs analogies saisissantes, n'est-on pas autorisé à penser que la scarlatine apyrétique, encore mal connue, n'ait servi, parfois, à la description clinique d'érythèmes spontanés ?

La scarlatine, malgré l'apyrexie complète, affecte dans certains cas, comme nous l'avons déjà dit, des caractères bien tranchés, qui ne permettent pas l'erreur. L'angine bien caractérisée, avec coloration violacée, concrétions caséiformes ; la langue rouge vif dépouillée et hérissée de papilles, la fréquence du pouls, forment un syndrome clinique suffisant au diagnostic de scarlatine. Mais le plus souvent (nos observations en font foi), l'angine est légère ; la langue reste blanche ou saburrale ; le pouls n'est pas dans tous les cas accéléré ; d'ailleurs ce seul signe ne suffit pas ; il a besoin d'être corroboré par d'autres ; on sait aussi que diverses influences, l'approche du médecin, par exemple, peuvent déterminer l'accélération du pouls. Sur quoi baser alors son diagnostic ?

Nous ne pouvons qu'être très embarrassé pour répondre à cette question : en l'absence de notions étiologiques bien déterminées et à défaut des signes positifs énumérés plus haut, le diagnostic doit le plus souvent rester indécis. La coloration plus foncée du pharynx, la rayure blanche scarlatineuse (M. Bouchut), c'est-à-dire la disparition de l'exanthème pendant une minute ou deux par la friction, la fréquence du pouls, sont des signes incons-

tants, infidèles, qui peuvent d'ailleurs exister dans différents exanthèmes non spécifiques.

Une desquamation classique est certainement un signe d'une grande valeur et permettra dans bien des cas de faire rétrospectivement le diagnostic.

Nous sommes donc obligé de conclure, en définitive, que le diagnostic différentiel de la scarlatine apyrétique sous sa forme la plus habituelle, et des érythèmes primitifs scarlatiniformes est presque impossible. Aussi, le médecin, dont la sagacité n'aura pu dépister rigoureusement la nature de la maladie, devra-t-il en présence d'un érythème scarlatiniforme ne s'accompagnant pas d'une grande élévation thermique, garder les plus sages réserves. Pénétré de la connaissance de ces faits, il agira, dans tous les cas, comme s'il s'agissait d'une scarlatine vraie, et par sa prudence ne sera pas exposé à voir se produire de redoutables accidents.

ÉTIOLOGIE

Comme la scarlatine normale, la scarlatine apyrétique est contagieuse, infectieuse, spécifique, d'origine vraisemblablement microbienne.

On la rencontre à l'état sporadique et dans les épidémies.

Fréquence. — Sur un total de 37 cas, Fiessinger a relevé 11 observations. C'est sur un total de 105 malades environ que nos 12 observations ont été prises.

Comme à la scarlatine classique, on peut lui attribuer :

1° *Des causes prédisposantes*, relatives à l'âge, au climat, aux saisons. Le sexe ne paraît jouer aucun rôle dans sa production.

2° *Des causes déterminantes*, la véritable cause est la contagion. La scarlatine apyrétique peut naître de scarlatines apyrétiques comme elle, ou de scarlatines fébriles et même hyperthermiques (Obs. XXIII). Elle peut à son tour faire de la contagion et engendrer, soit des scarlatines sans fièvre aussi (Obs. IV, VII, VIII), soit des scarlatines fébriles simples ou compliquées (Obs. I, III, X), soit enfin des scarlatines frustes consistant en angines pseudo-membraneuses (Obs. IX).

QUELQUES CONSIDÉRATIONS DE PATHOGÉNIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Resterait un point intéressant à débattre, à savoir quelle est la cause de l'apyrexie dans la scarlatine ?

Faut-il invoquer la virulence moindre de l'agent pathogène ? Faut-il faire intervenir plutôt la constitution particulière des sujets atteints ?

L'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas de résoudre d'une façon affirmative ces questions ; nous sommes réduit à émettre quelques hypothèses :

Pour Fiessinger, la forme apyrétique de la scarlatine représenterait un des derniers échelons auquel puisse descendre la virulence de l'agent pathogène, et il n'est pas éloigné de croire que le même germe infectieux, mais à des degrés différents de virulence, produise à la fois la scarlatine et les érythèmes scarlatiniformes primitifs (1).

Nous ne voulons point contester d'une façon absolue cette manière de voir ; elle émane d'une source plus autorisée que la nôtre. Mais, cependant est-ce bien là ce qui répond à la réalité des faits ? Nous avons vu que la scarlatine apyrétique est contagieuse ; qu'elle peut d'une part engendrer des scarlatines fébriles d'autre part tenir son origine d'une scarlatine hyperthermique (Obs. XXIII).

En présence de ces faits, ne pouvons-nous pas nous poser plusieurs questions : Une maladie, si vraiment elle est essentiellement bénigne, peut-elle produire, par contamination, une maladie beaucoup plus grave ? Etant don-

1. *Gazette médicale*, 11 mars 1893.

née l'extrême ténacité du contagé scarlatineux, est-il admissible que le principe morbide puisse perdre de sa virulence, au point de se dépouiller de sa détermination la plus ordinaire ? Sans doute, on peut supposer que sous l'influence de certaines conditions extérieures, inconnues, la virulence peut s'atténuer ou s'exalter dans certaines proportions. Mais, en vérité, n'est-il pas plus rationnel de penser, que le même germe, avec sa spécificité réelle, qui préside à la production des scarlatines franches, produit également les formes apyrétiques, et que la différenciation morbide tient surtout à la nature du terrain organique sur lequel il évolue ?

On sait que, d'après les idées actuelles (Pasteur, Gauthier, Bouchard) (1) la fièvre peut être considérée comme le résultat de l'exagération du processus nutritif normal ; il en résulterait d'abord une quantité plus considérable de matière détruite ou plutôt transformée : secondairement une consommation plus grande d'oxygène, laquelle serait le plus souvent insuffisante, pour réduire cette matière en ses derniers termes de désassimilation.

Dans la fièvre scarlatineuse, qui est une fièvre toxique, cette suractivité nutritive serait produite par certaines substances toxiques, *pyrétogènes*, secrétées par le micro-organisme, lesquelles, par leur présence directe dans les tissus, influenceraient la vie cellulaire ; ou bien plutôt, le sang leur servant de véhicule, iraient exercer une action dépressive, paralysante sur les centres nerveux trophiques, modérateurs de la nutrition. Est-ce que les scarla-

1. Bouchard. *Doctrines de la fièvre*, *Semaine médicale*. Mars 1893.

tineux qui, pendant le cours de leur affection, ne présentent pas de fièvre, ne jouiraient pas d'une immunité relative, acquise ou que leur aurait conféré l'hérédité ? Est-ce que, la composition spéciale de leur sang, par exemple, ne permettrait pas au germe scarlatineux de sécréter ces substances pyrétogènes ? Peut-être est-il plausible de le supposer. Il serait peu admissible, selon nous, de penser que ces mêmes produits soient néanmoins sécrétés dans l'économie, et que les centres nerveux trophiques se montrent insensibles à leur action. Car les idées actuelles (Bouchard) tendent à admettre, que, dans le cas d'intoxication aiguë, la fièvre, quand elle n'est pas par trop intense et malgré quelques-uns de ses effets funestes, peut être regardée comme salutaire et comme constituant une sorte de défense générale pour l'organisme. Or, tous les cas observés qui ont servi à notre description ont été bénins.

Nous ne saurions expliquer, même d'une façon hypothétique, la discordance qui, dans la plupart des cas, se produit entre la température peu élevée et la fréquence du pouls. Toujours est-il qu'on ne peut invoquer ici, le même mécanisme qui a lieu dans le cas d'élévation thermique : le calorique, développé dans les tissus, est charrié par le sang, et secondairement va toucher les centres de la respiration et de la circulation.

Nous ne nous attarderons pas plus longtemps sur ces questions obscures et délicates. Des conditions multiples et complexes président sans doute à l'explication de tous ces phénomènes. Nous confions à d'autres, savants et expérimentés, le soin d'éclaircir tous ces problèmes.

PRONOSTIC. — TRAITEMENT.
PROPHYLAXIE.

Dans tous les cas observés, la terminaison a été heureuse, le *pronostic* est donc favorable. Il n'a été noté ni au début, ni plus tard, aucun des accidents nerveux (délire, convulsions, ataxie, coma) qui surviennent parfois dans le cours de la scarlatine franche et que Trousseau regardait comme d'un si funeste présage. Peut-être trouvera-t-on l'explication de ce fait dans l'absence même de la fièvre ? En effet, dans le cas d'élévation considérable de la température les déchets organiques sont plus nombreux et plus toxiques à cause de leur oxydation moindre. Ne pouvant être expulsés assez promptement de l'économie, ils peuvent parfaitement, en dehors de tout autre agent toxique, ne pas être étrangers à la production de troubles ataxo-adiynamiques. D'autre part, si l'on rapporte la cause de ces accidents, à l'action directe de principes toxiques, il n'est pas absurde, partant de l'hypothèse émise plus haut, de supposer que les mêmes substances qui exercent une action perturbatrice sur les centres nerveux de la vie animale, peuvent également troubler ceux de la vie de relation. Les deux hypothèses paraissent également plausibles.

Nous n'avons pas suivi nos malades à leur sortie, mais, pendant leur séjour à l'hôpital, nous n'avons pas noté non

plus de complications du côté des reins. L'apyrexie peut-elle encore, en partie, en donner l'explication.

Dans le cas de fièvre intense, en effet, l'organe rénal, outre les produits toxiques inhérents à l'infection, a encore à expulser tous ces déchets organiques, toxiques aussi, dont nous avons parlé. Cela étant évité dans la scarlatine apyrétique, le rein se fatiguera moins et sera moins exposé à s'infecter et à subir l'action du refroidissement, si souvent cause occasionnelle de la néphrite scarlatineuse.

La fièvre exerçant par excellence une œuvre de destruction, il va sans dire que chez les sujets qui n'en ont pas eue, l'amaigrissement devra être moins grand, la convalescence moins longue, le rétablissement des forces plus rapide. Les malades que nous avons observés ont toujours présenté, en effet, tant dans le cours de leur maladie, qu'à leur sortie de l'hôpital, un état général des plus satisfaisants.

L'apyrexie chez les scarlatineux est donc d'un présage heureux. Est-ce à dire cependant, que cette scarlatine anormale ne peut être accompagnée ou suivie d'aucune des complications de la scarlatine ? Le nombre insuffisant des observations ne nous permet pas de nous prononcer à ce sujet.

Mais, nous avons vu tout au début de ce travail, que les scarlatines légères et fugaces, observées par Roger, pouvaient être suivies de complications redoutables. Cet auteur les redoutait et insistait sur l'importance du diagnostic. Faudrait-il aussi peut-être, à l'égard de la scarlatine apyrétique proprement dite, faire quelques résér-

ves et avoir présent à l'esprit ces mots de Trousseau, quand il parle du pronostic de la scarlatine en général : « Il n'est pas de maladie, qui déconcerte davantage le médecin, qui le trompe davantage dans ses prévisions (1) ».

Le traitement de la scarlatine apyrétique doit consister surtout en soins hygiéniques. Ici, la fièvre manquant, les bains froids et les affusions d'eau froide, ne sont, naturellement, pas indiqués. Le séjour au lit pendant une quinzaine de jours devra être conseillé ; le malade devra garder la chambre pendant deux autres semaines. La température ambiante sera maintenue entre 15 et 18 degrés. Une diète relative sera prescrite ; le régime lacté, en tant que diurétique, et en prévision d'une néphrite, sera également de rigueur. Si le malade est un peu affaibli, une simple potion de Todd lui sera donnée. A l'angine, parfois intense, on opposera les gargarismes émollients et antiseptiques. Quelques laxatifs, dans le cours de la maladie, peuvent aussi trouver leur utilité. Pendant la convalescence on soustraira le sujet à l'action du froid.

Lorsqu'on aura dépisté une scarlatine apyrétique, on devra prendre les mêmes mesures *prophylactiques* que pour la scarlatine classique : on isolera rigoureusement le malade et on empêchera soigneusement les autres enfants de s'en approcher avant la fin complète de la desquamation. Or, nous savons combien le diagnostic peut être difficile : aussi, en présence d'un érythème scarlatiniforme sans élévation thermique, le pra-

1. *Loco citato*, p. 108.

ticien ne devra pas rejeter sans un examen approfondi la possibilité d'une scarlatine, et il devra se comporter dans les cas douteux, comme s'il s'agissait d'une scarlatine vraie. Par cette prudente conduite, il pourra s'éviter bien des mécomptes, car si la scarlatine apyrétique est bénigne elle peut engendrer des scarlatines graves et compliquées.

Nous ferons cependant cette dernière remarque, qui est pour ainsi dire le corollaire de ce que nous venons de dire et qui peut avoir son importance dans la pratique des hôpitaux : En effet, si l'absence de fièvre ne suffit pas à éliminer la scarlatine, et si en présence d'érythèmes suspects, il convient de prendre les sages précautions que nous venons d'indiquer ; il ne faut pas non plus que l'inverse se produise ; c'est-à-dire, qu'il ne faut pas perdre entièrement de vue les érythèmes non spécifiques, voir partout des scarlatines apyrétiques et envoyer d'emblée les malades, dans un pavillon commun aux scarlatineux, avant un examen attentif des symptômes, avant une recherche étiologique minutieuse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Fiessinger).

G... (Hugde), 9 ans, le 9 octobre 1892, a des nausées et des maux de gorge.

Le 12 octobre. — L'enfant est levé à notre arrivée ; exanthème scarlatineux d'un rouge vif plus marqué aux fesses et à la poitrine. L'examen de la gorge relève un piqueté rouge sur le voile du palais, la luette et les piliers. La langue est couverte d'un enduit blanchâtre.

T. m. (rect.) 38°,2, s. 38°,2.

Le 13. — T. m. 38°,3, s. 37°,5.

Le 14. — T. m. 37°,7.

L'éruption ternit. La desquamation s'effectue par larges lambeaux plus étendus aux mains et aux pieds ; elle se prolonge pendant près d'un mois. Pendant la convalescence cet enfant communique la scarlatine à la malade IV et à sa petite sœur âgée de 3 ans 1/2.

OBSERVATION II (Fiessinger).

J.. (Victoire), 2 ans 1/2, le 14 octobre 1892, est agitée, manque d'appétit, et présente un exanthème scarlatineux sur le dos et les fesses ; cette éruption diminue d'intensité à la poitrine où elle revêt une coloration plus pâle, elle n'a pas envahi les membres muqueux de la gorge rouge.

L'enfant est levée à notre arrivée.

Le 15 octobre. — T. matin 38° ; soir 38°,5.

Le 16. — T. matin 37° ; soir 38°,6.

Le 17. — T. matin 36°,4.

L'éruption ternit. Desquamation par petites écailles très fines se prolongeant pendant douze jours.

OBSERVATION III (Fiessinger).

P... (Elise), est une fillette de 5 ans qui nous est amenée par sa mère, le matin du 18 octobre. Depuis quelques semaines, l'enfant présente un eczéma du nez et des oreilles ; le matin du 18 octobre, la mère constate l'apparition de rougeurs sur le corps. Ces rougeurs ont apparu pendant la nuit sans fièvre ni mal de gorge.

Il s'agit d'un exanthème scarlatineux d'un rouge vif, avec piqueté granuleux plus foncé, surtout marqué sur les jambes et les reins. La langue, rouge sur les bords, est couverte d'un enduit sabural léger ; la gorge laisse apercevoir une membrane pultacée très mince sur l'amygdale droite.

L'apyrexie est complète.

T. matin 37°,2 ; soir 38°. P. matin 128.

Le 19 octobre. — T. matin 37°,2 ; soir 37°. P. matin 120.

Le 28. — T. matin 37°,5 ; soir 37°,5. P. matin 100.

Le 21. — T. matin 37°,2 ; soir 37°.

L'éruption persiste jusqu'au 25 octobre sans s'accompagner d'élévation thermique. La desquamation y fait suite par squames de 2 à 3 millimètres de diamètre et se prolonge pendant près d'un mois. Pendant la convalescence contamine sa petite sœur de 3 ans 1/2.

Cette dernière est atteinte le 7 novembre ; elle présente 39°,3 de température et des rougeurs scarlatineuses, s'accompagnant d'une éruption vésiculeuse sur les côtés du ventre et le haut des cuisses. La convalescence est troublée par l'apparition d'une

néphrite. La face est bouffie, les urines sont albumineuses. Le régime lacté amène la guérison définitive le 6 décembre.

OBSERVATION IV (Fiessinger).

B... (Félicie), 23 ans, est contagée par la malade I à la mère duquel elle vient rendre visite. Elle est nourrice d'un enfant de 4 mois.

Le 22 octobre. — Elle ressent des cuissons à la figure.

Le 23. — On constate des rougeurs érythémateuses à la surface du corps, accompagnées d'un peu d'épaississement à la peau; les conjonctives sont injectées. L'exanthème scarlatineux a envahi la poitrine, le dos et les reins. La muqueuse de la gorge est rouge; pas d'enduit pultacé sur les amygdales; la déglutition est un peu douloureuse, surtout du côté gauche. La malade est levée à notre visite.

T. s. 37°,8.

Le 24. — T. m. 37°,2. — P. m. 92. — T. s. 37°,9.

La douleur à la déglutition a disparu; l'exanthème persiste sur le corps et s'accompagne à la face d'une desquamation farineuse.

Le 25. — T. m. 36°,8. — P. m. 92.

Les rougeurs ternissent. Démangeaisons sur les reins.

Le 29 octobre. — Le pouls est à 84. Desquamation très fine sur le corps.

OBSERVATION V (Fiessinger).

Th... (Eugène), 3 ans et demi, depuis le 26 octobre est mal à l'aise. Au début vomissements suivis le même soir d'un exanthème généralisé très rouge.

Le 27 octobre. — A la face dorsale des avants-bras, éruption prurigineuse avec élevures, les unes rouges, les autres blanches

et à aspect vésiculeux. Sur l'amygdale gauche, enduit pultacé, mou, mince, laiteux.

T. m. 38°,7 ; s. 38°.

L'enfant s'est levé et refuse de se coucher.

Le 28. — T. m. 37°,9 ; s. 37°,9.

Le 29. — T. m. 37°,7.

La desquamation commence par de petites squames sur le corps. L'éruption vésiculeuse des avants-bras se flétrit.

Il persiste quelques vésicules jaunâtres disséminées entre les papules rouges ; le tout est rugueux au toucher. La muqueuse de la gorge est guérie ; on ne découvre pas de tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et cervicaux.

OBSERVATION VI (Fiessinger).

N... (Alice), 4 ans 1/2, depuis le 23 octobre souffre de maux de gorge et présente l'éruption classique. Les nuits sont agitées.

Le soir du 26 octobre la muqueuse de la gorge offre une coloration framboisée sur la luette et les piliers avec des fausses membranes blanches, épaisses, sur les deux amygdales.

Langue blanche. T. s. 37°, 9.

Le 27. — T. m. 37°,5 ; s. 37°,9. La nuit a été bonne. Quelques ganglions engorgés sont perçus le long des sterno-mastoïdiens. L'exanthème persiste.

Le 28. — T. m. 37°,4 ; s. 36°,6. P. m. 128.

P. s. 104. — Une fausse membrane épaisse et blanche continue de recouvrir l'amygdale droite, malgré les badigeonnages de phénol-suforicine au 1/20, auxquels on soumet l'enfant. L'éruption est en voie de disparition et fait place sur le dos à une desquamation qui s'effectue par petites écailles. Les urines renferment des traces d'albumine.

Le 29. — Démangeaisons sur le dos et les reins ; la fausse

membrane persiste sur l'amygdale et ne disparaît que les jours suivants.

OBSERVATION VII (Fiessinger).

N... (Louis), 30 mois ; est le frère du précédent. Le 26 octobre il perd l'appétit.

Le 28 octobre. — Apparition sur la poitrine de l'exanthème scarlatineux qui reste d'un rose clair. T. s. 38°,6.

Le 29. — T. m. 37°,9 ; s. 37°,1. P. m. 136.

La muqueuse de la gorge estrouge ; un enduit pultacé recouvre l'amygdale droite qui est saignante et tuméfiée. La langue est couverte d'un enduit crémeux à bords rouges et déchiquetés ; l'éruption occupe la poitrine et la partie supérieure du dos et des cuisses.

Le 30. — T. m. 37° ; P. m. 116.

L'éruption s'efface ; l'enfant ressent des démangeaisons et se gratte sur le dos et les reins. La desquamation s'opère les jours suivants par poussière très fine presque imperceptible.

OBSERVATION VIII (Fiessinger).

G... (Louis), 3 ans, est voisin du malade I.

Le 29 octobre 1892. — Au soir, il manque d'appétit et a froid. La nuit est agitée.

Le 30. — T. m. 37°,9 ; s. 38°,7.

Eruption scarlatineuse rosée sur le dos et les cuisses. Langue saburrale. Tache pultacée blanchâtre sur l'amygdale gauche.

Le 31. — T. m. 37°,3 ; s. 37°,7. P. m. 104°.

L'enfant s'est réveillé plusieurs fois la nuit pour demander à boire ; l'éruption reste d'un rose pâle ; l'enduit pultacé de la gorge a disparu. Le 1^{er} novembre, les rougeurs ont disparu ; les

jours suivants on ne découvre pas de desquamation nette sur le corps.

OBSERVATION IX (Fiessinger).

M... (Marie), 3 ans, tousse depuis quelques jours, le 5 novembre 1892, elle se plaint de maux de ventre et de douleurs à la gorge. Nuit agitée.

Le 7 novembre: — Exanthème scarlatineux sous forme de plaards rouges isolés à la partie inférieure du dos et au niveau des genoux. Les amygdales sont rouges, turgescents; un enduit pultacé très mince est aperçu sur l'amygdale gauche. L'enfant se plaint de démangeaisons au niveau de l'éruption et se gratte souvent.

T. m. 38°; s. 38°,5.

Le 8. — T. m. 38°; s. 38°.

L'éruption pâlit; mais la nuit est restée agitée.

Le 9. — T. m. 37°,7.

Desquamation imperceptible les jours suivants. Les deux frères de ce malade âgés de 17 et de 7 ans, sont tous deux atteints d'angines avec fausses membranes sur les amygdales dans la même journée du 12 novembre. Chez l'aîné, la température atteint 40°; chez le cadet elle ne dépasse pas 39°; la guérison s'effectue en trois jours chez les deux.

OBSERVATION X (Fiessinger).

H... (François), 10 ans, le 11 novembre 1892 est pris de vomissements et de maux de gorge.

Le 12. — T. m. 38°,4; s. 38°.

Eruption scarlatineuse généralisée, rougeurs framboisées sur le voile du palais et la luette.

Enduit pultacé blanchâtre et mince sur les deux amygdales ; la langue est blanche et rouge sur les bords.

Le 13. — T. m. 37°,8 ; s. 38°,4.

L'éruption persiste d'un rouge vif très rugueux aux avant-bras ; les amygdales restent rouges et tuméfiées.

Le 14. — T. m. 37°,5 ; s. 37°,6.

La langue se dépouille de son enduit ; l'éruption ternit. Une desquamation par larges lambeaux, surtout marquée aux mains et aux pieds, s'établit pendant un mois.

La sœur du malade, âgée de 14 ans, prend une scarlatine fébrile et bénigne quinze jours après son frère.

OBSERVATION XI (Fiessinger).

M... (Alexandrine), 5 ans 1/2, le 14 décembre 1892 a des maux de gorge. Eruption d'un rose clair sur le corps.

Le 16. — T. m. 37°,8 ; s. 38°,2.

Pointillé rouge sur les piliers, la luette, le voile du palais. Exanthème rosé persistant sur le corps.

Le 17. — T. m. 38°,2 ; s. 37°,6.

L'éruption disparaît le 19. On ne constate pas de desquamation nette. La sœur de cette malade, âgée de 4 ans 1/2, est atteinte de scarlatine trois semaines plus tard ; nous ne la voyons que pendant la convalescence avec un torticolis passager lié à une adénite cervicale.

OBSERVATION XII (inédite).

Recueillie au pavillon Davenne de l'hôpital Trousseau, service de M. Moizard.

B... (Paul), 5 ans, entre à l'hôpital le 11 mai 1893, au matin.

Le 9. — Cet enfant avait éprouvé du malaise accompagné de

courbature et de céphalalgie. Pas de mal de gorge ni de vomissements.

Le 10. — Eruption sur le tronc et le cou.

Le 11. — On constate en effet des rougeurs diffuses, peu intenses, occupant la presque totalité de la surface du corps et surtout marquées aux lombes et au haut des cuisses. La gorge est à peine rouge, la langue est blanche, rouge à la pointe et sur les bords. La gaieté de l'enfant ne paraît pas affectée; les urines sont normales.

T. rect. m. 37°,8; s. 38°,2.

Le 12. — Mêmes symptômes, la nuit a été bonne; l'éruption persiste.

Le 13. — L'éruption commence à pâlir, la langue est moins blanche au centre, moins rouge à la périphérie, la gorge est normale.

Le 14. — L'exanthème est disparu, la langue a repris son aspect normal; l'enfant présente un état général satisfaisant.

Les jours suivants la desquamation s'opère, commençant par le cou et le tronc, finissant par les pieds et les mains, vers le 28 mai.

Le 1^{er} juin. — L'enfant sort de l'hôpital, complètement guéri.

OBSERVATION XIII (inédite).

Recueillie au pavillon Davenne de l'hôpital Trousseau.

S... (Albert), 21 mois, entré à l'hôpital le 5 mai 1893, matin.

Dans la soirée du 3, l'enfant a été pris de malaise et de vomissements. Il avait également mal à la gorge.

Le 5 mai, jour de son entrée à l'hôpital, on constate une éruption rosée sur le tronc et les membres, un peu plus marquée dans le dos et à la racine des membres.

L'examen de la gorge révèle une rougeur diffuse sur les

amygdales, piliers, voile du palais, les amygdales sont un peu tuméfiées; pas d'engorgement ganglionnaire de la région cervicale.

La langue est recouverte au centre d'un enduit blanchâtre; rouge sur les bords.

Rien dans les autres organes. Les urines ne contiennent pas d'albumine, l'état général du petit malade paraît bon.

T. m. 37°, 7; s. 37°, 8.

Le 6. — Pas de modifications notables.

T. m. 37°, 2; s. 37°, 6.

Le 7. — L'éruption commence à ternir, la gorge présente une coloration moins foncée, et la déglutition, pénible un peu les premiers jours, est facile. La langue, qui s'est dépouillée de son enduit saburral, est encore un peu rouge sur les bords et à la pointe.

T. m. 37°, 4; s. 37°, 6.

La desquamation s'opère les jours suivants par écailles assez fines sur le tronc et sur le cou, un peu plus larges aux pieds et aux mains.

L'examen des urines fait à trois reprises différentes n'a pas décélé la présence d'albumine.

Le 20. — Exeat.

OBSERVATION XIV (inédite).

Recueillie au pavillon Davenne de l'hôpital Trousseau.

H... (Alfred), 14 ans, entré à l'hôpital le 9 juin 1893.

Le 8 juin. — Ce jeune garçon a du malaise et des maux de tête; pas de mal de gorge sensible.

Le 9. — Exanthème scarlatineux, occupant le tronc et les membres. La couleur de cet exanthème est assez vive et est surtout accusée dans le dos et aux cuisses.

L'angine n'existe pas à proprement parler. Les piliers, le voile du palais, la luette sont seulement un peu rouges.

La langue est saburrale, un peu rouge sur les bords.

Rien dans les urines.

T. m. 37°,2 ; s. 37°,6.

Le 10. — L'éruption a presque complètement disparu. A peine aperçoit-on encore quelques rougeurs à la partie supérieure et intérieure des cuisses.

La gorge et la langue ont repris à peu près leur aspect normal.

T. m. 37°,2 ; s. 37°,5.

Etat général bon.

Le 11. — Plus traces d'éruption. — La langue est bonne et le malade mangerait volontiers.

T. m. 37°,2 ; s. 37°,7.

Le 12. — T. m. 37°,2 ; s. 37°,7.

Pas d'albumine dans les urines.

Une desquamation fine s'opère les jours suivants et se continue jusqu'au 28.

Le 30. — Le jeune garçon sort de l'hôpital présentant un état général excellent.

OBSERVATION XV (inédite).

Recueillie au pavillon Davenne de l'hôpital Trousseau.

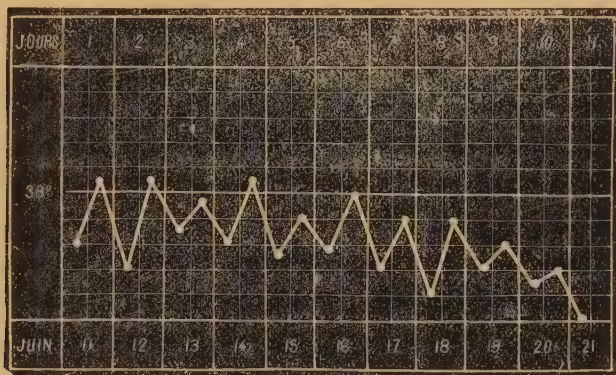
C... (Paul), 4 ans 1/2, entré à l'hôpital le 11 juin 1893.

Le 8 juin. — Il a des maux de tête, souffre de la gorge et a plusieurs vomissements.

Le 10. — Eruption d'après le dire des parents.

Le 11. — On constate un exanthème scarlatineux, d'un rose tendre, sur le tronc et les membres, un peu plus foncé au niveau des lombes et de la racine des cuisses.

L'examen de la gorge révèle une coloration framboisée, de la luette, du voile du palais, des piliers, des amygdales, lesquelles sont un peu tuméfiées. Sur l'amygdale gauche on aperçoit une plaque blanche pultacée. La déglutition est quelque peu douloureuse. La langue, recouverte d'un enduit saburral, est rouge sur les bords et à la pointe.



Pas d'albumine dans les urines.

Rien dans les différents organes.

T. m. 37°,6 ; s. 38°, 1.

Les phénomènes généraux font défaut.

Le 12. — Pas de changement notable.

T. m. 37°,4 ; s. 38°, 1.

Le 14. — L'éruption pâlit. La muqueuse de la gorge est moins rouge, la plaque blanche a disparu et la déglutition est devenue facile. La langue s'est dépouillée de son enduit, mais est encore rouge, surtout aux bords et à la pointe.

Toujours même apyrexie.

Le 16. — Disparition complète des rougeurs. Il n'y a plus pour ainsi dire d'angine. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

La desquamation commence les jours suivants, par écailles de

3 à 4 millimètres sur le cou et le tronc et se prolonge pendant près d'un mois.

Le 14 juillet. — L'enfant sort avec un état général très bon.

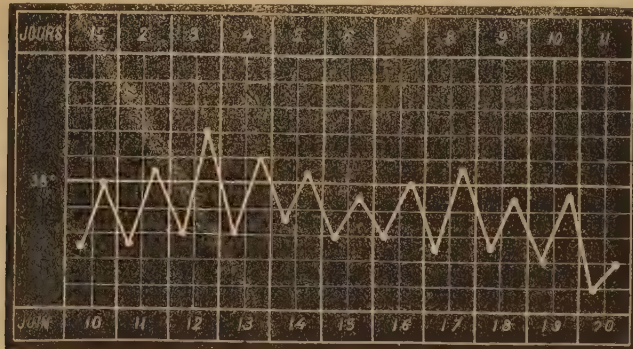
OBSERVATION XVI (inédite).

Recueillie pavillon Davenne. Hôpital Trousseau.

J... (A.), 11 ans, entré à l'hôpital le 10 juin 1893.

N'a eu aucun des accidents qui caractérisent d'ordinaire la période d'invasion.

Le 10 juin. — Exanthème scarlatineux, d'une teinte assez vive, occupant le tronc et les quatre membres. La face paraît respectée. La gorge présente une coloration rouge foncé. Pas d'enduit pulsaté sur les amygdales. La déglutition n'est pas douloureuse. Pas d'engorgement ganglionnaire. La langue est blanche, rouge sur les bords.



Pas d'albumine dans les urines. Rien dans les différents organes.

L'état général est bon, la gaieté n'est pas affectée.

T. m. 37°, 4 ; s. 37°, 9.

Le 11. — L'éruption présente les mêmes caractères que la

veille ; les rougeurs de la gorge sont un peu moins intenses. **Etat** général bon. Le malade a seulement un peu soif.

T. m. 37°,5 ; s. 38°,1.

Le 12. — L'exanthème est moins coloré. La gorge est beaucoup moins rouge.

Le 13. — L'exanthème est pâle et n'est plus guère visible qu'à la partie interne des cuisses. Apyrexie complète. Pas d'albumine dans l'urine.

Le 15. — L'éruption a disparu ; la gorge ne présente plus de rougeur notable. La langue est naturelle. Bon état général, mangerait volontiers mais est soumis au régime lacté.

Une desquamation classique commence les jours suivants et dure une quinzaine de jours. Pendant sa convalescence l'enfant a bon appétit et joue avec ses camarades.

Le 20. — Les urines examinées ne contiennent pas d'albumine.

Le 4 juillet. — Exéat.

OBSERVATION XVII (inédite).

Pavillon Davenne. Hôpital Trousseau.

P.... (Emile), 9 ans, entré à l'hôpital le 22 juin 1893.

Le 20. — Dans la soirée, cet enfant a été pris de malaise, de courbature, de douleurs de tête. Dès ce jour, il a eu également mal à la gorge. Il n'a pas eu de vomissements.

Le 22. — On constate un exanthème scarlatineux, généralisé au tronc et aux membres, et assez riche en couleur. Des vésicules miliaires siègent au niveau des parties latérales du cou et de l'abdomen.

La muqueuse de la gorge est rouge, violacée, plus foncée par places ; les amygdales sont un peu tuméfiées, on ne découvre pas de matière purulente. La déglutition est un peu douloureuse.

La langue est d'un rouge écarlate, un peu tuméfiée, à saillies papillaires, dépouillée de son épithélium. L'état général du sujet est assez satisfaisant ; les nuits sont un peu agitées, la soif un peu vive.

L'examen des urines révèle quelques légères traces d'albumine.

L'enfant est mis au régime lacté absolu.

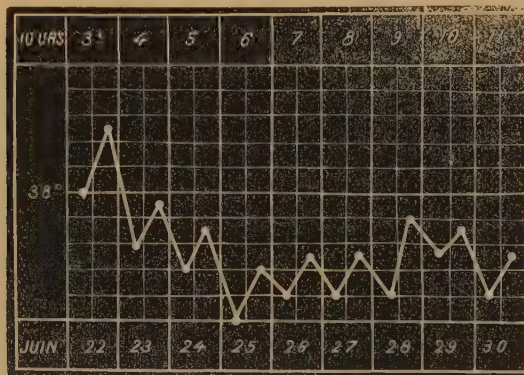
T. m. 38° ; s. 38°,5.

Le 23. — Changement peu notable. Toujours un peu d'albumine dans l'urine.

T. m. 37°,6 ; s. 37°,9.

Le 24. — Même état que la veille ; l'éruption persiste, ainsi que les vésicules miliaires. La gorge est un peu moins rouge et tuméfiée ; la déglutition plus facile. La langue est toujours très rouge.

Encore un peu d'albumine. Apyrexie.



Le 26. — L'éruption a pâli ; les vésicules ont séché, les nuits sont devenues bonnes. Toujours un peu d'albumine dans l'urine. Apyrexie complète.

Le 28. — L'exanthème a disparu ; la gorge est à peine rouge, mais la langue l'est encore beaucoup. On ne trouve plus d'albumine dans les urines. Pas la moindre fièvre.

Le 30. — Bon état général. Appétit suffisant ; potages et lait.

Le mal de gorge a disparu complètement, et la langue un peu moins rouge, semble se recouvrir d'un épithélium, mince comme une pelure d'oignon. Pas d'albumine dans les urines.

On commence à percevoir sur le cou et à la partie supérieure de la poitrine, quelques traces de desquamation.

Le 2 juillet. — La desquamation est très nette sur le corps et les membres.

Bon état général. Appétit.

La desquamation se continue régulièrement les jours suivants. Mais la convalescence du petit malade est troublée le 14 juillet par l'apparition d'une adénite cervicale.

La température s'est élevée ce jour à 38°,6, mais n'a jamais dépassé ce degré.

Aucun renseignement n'est donné sur l'issue de cette adénite.

OBSERVATION XVIII (inédite).

Pavillon Davenne. Hôpital Trousseau.

B... (Emile), 6 ans 1/2, entré à l'hôpital le 27 juin 1893.

Le 24 juin. — Soir, a éprouvé du malaise et des douleurs de tête. A manqué d'appétit. N'a pas eu de vomissements.

Le lendemain a eu un peu mal à la gorge.

Le 27. — On constate une éruption très légère sur le tronc et à la racine des membres. L'éruption a peut-être été plus vive ; on ne sait à quand elle remonte. La gorge est très peu rouge. La langue est blanche au centre, carminée et piquetée sur les bords. On entend au cœur un léger frottement péricardique qui n'a peut-être rien de commun avec la maladie actuelle.

Etat général excellent.

Pas d'albumine dans les urines.

T. m. 37°,6 ; s. 38°.

Couatarmanach

Le 28. — L'éruption est à peine visible.

T. m. 37°,5 ; s. 38°,1.

Le 29. — Eruption disparue. Gorge normale. Langue moins sale et moins rouge aux bords. Urines normales.

T. m. 37°,4 ; s. 37°,5.

Une desquamation fine commence quelques jours plus tard et est peu abondante. Elle se prolonge jusqu'au 20 juillet.

Le 25 juillet. — Le petit malade quitte l'hôpital, complètement guéri.

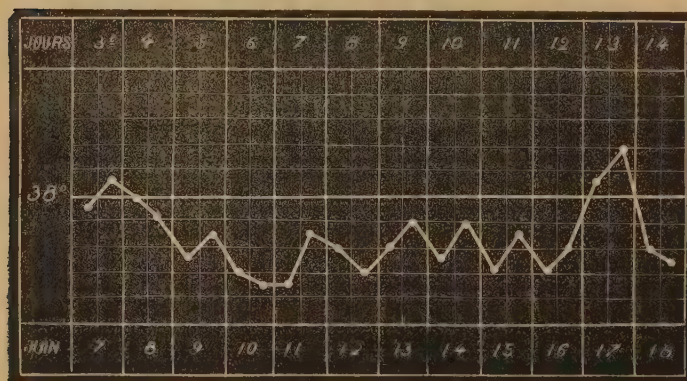
OBSERVATION XIX (personnelle).

D... (Charles), 10 ans 1/2, entré à l'hôpital Trousseau le 7 juillet 1893.

Pas d'antécédents pathologiques.

Le 5 juillet. — L'enfant a été pris d'un mal de gorge assez violent, accompagné de céphalalgie. Le lendemain, il a eu plusieurs vomissements bilieux.

Aucun renseignement étiologique sur la nature de son affection.



Le 7. — Un exanthème scarlatineux s'est montré le matin. Il est généralisé, présente une teinte rouge intense sur les membres, l'abdomen et la poitrine.

La gorge présente une rougeur diffuse peu intense, les amygdales sont peu tuméfiées. On n'y voit pas de concrétions pultacées.

La déglutition est peu gênée. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés. La langue est seulement blanchâtre au centre, un peu rouge sur les bords.

Rien dans les différents organes.

Pas d'albumine dans les urines.

T. m. 37°,9 ; s. 38°,1. P. m. 105.

Le 8. — L'éruption présente à peu près la même intensité ; la gorge n'est presque plus rouge ; la langue est encore blanche.

Etat général bon. — Régime lacté.

T. m, 38° ; s. 37°,8. P. m. 100.

Le 9. — L'éruption est un peu moins vive. L'enfant éprouve quelques démangeaisons.

T. m. 37°,5 ; s. 37°,7.

Le 10. — L'éruption a pâli considérablement. La gorge paraît normale, la langue est encore un peu rouge sur les bords. Urines normales.

Apyrexie. Pas de symptômes généraux. L'enfant ne ressent plus de démangeaisons.

Le 11. — L'exanthème a presque complètement disparu. A peine voit-on encore quelques rougeurs au niveau des aines.

Le 12. — Plus trace d'éruption. La gorge et la langue sont normales. On ne perçoit pas encore de desquamation. Toujours apyrexie complète.

Le 14. — On aperçoit au niveau du cou et de la poitrine, des écailles épidermiques, de dimension moyenne.

Etat général excellent. Potages. Lait.

Les 15, 16, 17, 18. — Même état général. La desquamation commence à envahir les membres par lambeaux assez larges ; la partie inférieure du visage, qui pourtant n'avait pas été

atteinte par l'exanthème, est le siège d'une desquamation farineuse.

Les jours suivants la desquamation se poursuit et s'achève vers le 27. — L'enfant a bon appétit.

Le 30. — Exéat.

OBSERVATION XX (personnelle).

P... (Marie), 9 ans, entrée à l'hôpital Trousseau, pavillon Davenne, le 27 juillet 1893.

Pas d'antécédents pathologiques.

Le 20 juillet. — Cette enfant éprouve du malaise, manque d'appétit ; a des douleurs de tête ; a mal à la gorge. Aucun renseignement sur l'étiologie de sa maladie.

Le 22. — On constate une éruption généralisée, très intense, d'un rouge écrevisse, surtout marquée aux aînes, à la ceinture et dans le dos. La face n'est pas respectée.

Cette éruption date soit-disant de la veille. Il y a quelques vésicules sur les côtés du tronc et du cou. L'examen de la gorge révèle une rougeur diffuse écarlate des amygdales, piliers, voile du palais et pharynx. Les amygdales sont tuméfiées et recouvertes toutes les deux d'un exsudat blanchâtre très peu adhérent. Déglutition difficile. La langue est recouverte d'un enduit saburral rouge et dépouillée sur ses bords et à la pointe.

Les ganglions sous-maxillaires sont un peu engorgés.

Rien dans les différents organes. Les urines ne contiennent pas d'albumine. L'état général est satisfaisant. Les nuits sont un peu agitées et la soif est un peu vive.

T. m. 37°,4 ; s. 37°,6. P. m. 122.

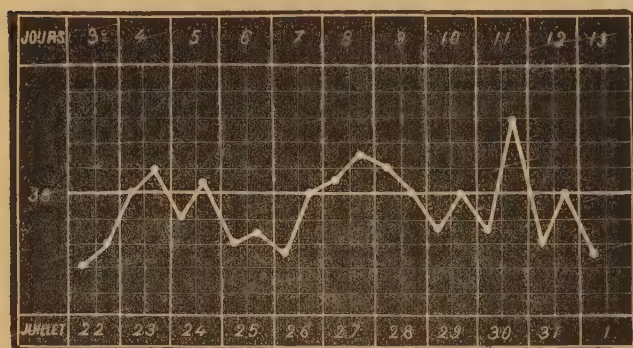
Le 23. — Pas de modifications notables ; l'éruption persiste aussi vive, la nuit a été un peu agitée.

T. m. 38° ; s. 38°,2. P. m. 118.

Les urines paraissent contenir quelques traces d'albumine.

Le 24. — Même état général; l'exanthème persiste, mais la gorge est peut-être un peu moins rouge, et la déglutition plus aisée, la langue est maintenant complètement dépouillée. Un léger nuage d'albumine persiste dans les urines.

T. m. 37°,8; s. 38°,1. P. m. 120.



L'éruption ne commence à pâlir que le 26. La gorge est encore rouge, mais moins; la déglutition est devenue facile. Langue moins rouge.

Il n'y a plus d'albumine dans les urines. Les nuits sont bonnes.

T. m. 37°,5. P. m. 112.

Le 27. — On aperçoit sur le cou et le tronc des écailles épidermiques de 3 à 4 millimètres de diamètre. L'éruption est encore très peu visible au niveau des aines. Gorge redevenue à peu près normale; la langue commence à se revêtir d'un épithélium.

Etat général bon. Pas d'albumine dans les urines.

T. m. 38°,2. P. m. 105.

Le 30. — La température est montée le soir à 38°,6, sans qu'on puisse s'expliquer la cause de cette ascension thermométrique. La desquamation continue et une exfoliation furfuracée commence à la face.

Des lambeaux d'épiderme se détachent également des quatre membres. Langue revêtue d'un épithélium, mais encore un peu plus rouge que normalement. Etat général bon.

Le 2 août. — Apyrexie complète. P. m. 96.

Le 8. — Etat général excellent, la petite malade mange avec appétit.

Le 13. — La desquamation paraît terminée.

Le 20. — La fillette quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XXI (personnelle).

P... (Auguste), 7 ans, entré à l'hôpital Trousseau, pavillon Davenne, le 25 juillet 1893.

Pas de renseignements sur ses antécédents pathologiques, ni sur l'étiologie de son affection présente.

Le 23. — Cet enfant a été pris de malaise, de courbature, de maux de tête. Il a eu des vomissements, et a également mal à la gorge.

Le 25. — Exanthème scarlatineux, apparu le matin. Il est très peu intense et est marqué surtout aux plis des aines et dans le dos.

La gorge, qui est douloureuse depuis le premier jour, présente une rougeur diffuse, mais peu intense. Les amygdales sont un peu tuméfiées. Exsudat pultacé sur l'amygdale gauche ; la déglutition est un peu douloureuse ; les ganglions sous-maxillaires sont un peu engorgés.

La langue est rouge, dépouillée, à saillies papillaires.

L'auscultation ne révèle rien dans les différents organes. L'urine ne contient pas d'albumine. Etat général bon, l'enfant s'amuse dans son lit.

T. m. 37° ; s. 38°,1, P. m. 85.

Le 26. — L'érythème est encore apparent. La gorge est peu

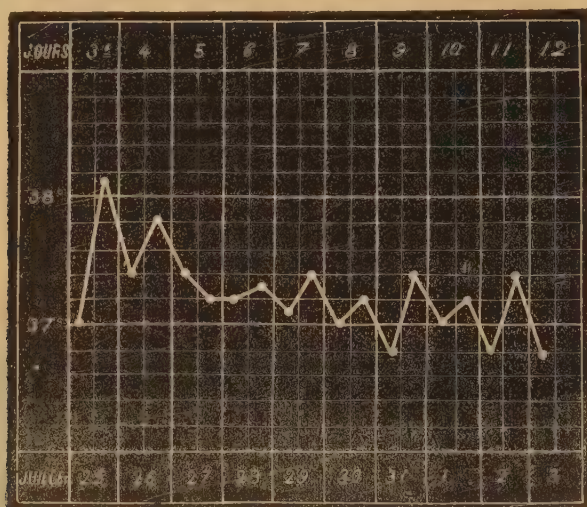
rouge. L'exsudat pultacé de l'amygdale gauche a disparu. Langue toujours aussi rouge.

T. m. $37^{\circ},4$; s. $37^{\circ},8$. P. m. 85.

Le 27. — L'éruption n'est plus guère visible. Etat général bon. Prend des potages et du lait.

T. m. $38^{\circ},4$; s. $37^{\circ},2$.

Le 28. — Eruption totalement disparue, la gorge n'est plus rouge ; on sent encore quelques petits ganglions au cou. La langue est encore rouge.



T. m., $37^{\circ},2$; s. $37^{\circ},3$. P. m. 80.

La desquamation commence les jours suivants, par écailles moyennes sur le cou et le tronc, plus larges aux membres et à leurs extrémités. Elle paraît terminée le 10 août ; l'engorgement ganglionnaire a disparu, la langue est redevenue normale. L'enfant a bon appétit. Les urines examinées à différentes reprises n'ont pas décelé la présence d'albumine.

Le 16 août. — Exéat.

OBSERVATION XXII (personnelle).

G... (Henri), 9 ans 1/2, entré à l'hôpital Trousseau, pavillon Davenne, le 1^{er} septembre 1893.

Antécédents pathologiques. — A eu la rougeole à 6 ans, la coqueluche à 6 ans 1/2. Est affecté, dans ce moment, d'une ostéite probablement tuberculeuse des os du tarse.

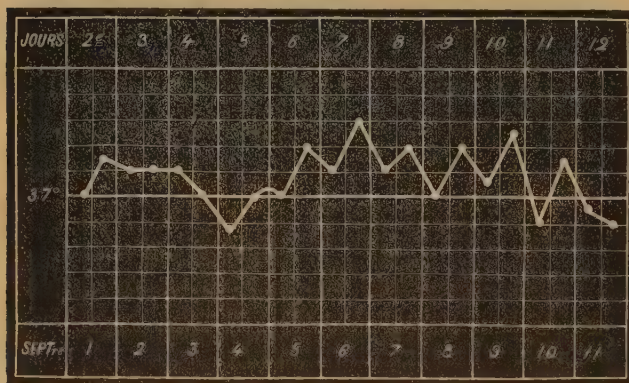
1^{er} septembre. — Constatation d'un exanthème scarlatineux peu intense, datant de la veille, et localisé surtout au tronc et aux plis de l'aîne.

L'enfant n'a pas eu de mal à la gorge, et n'a éprouvé aucun des accidents de la période prodromique.

La gorge est très peu rouge, la langue seulement un peu blanche. Etat général très satisfaisant. Pas d'albumine dans les urines.

T. m. 37°, s. 37°, 2. P. m. 110.

On n'a pas de renseignement étiologique.



2 septembre. — L'éruption est encore un peu apparente. La gorge et la langue paraissent absolument normales.

Pas la moindre fièvre. P. m. 115.

Bon état général.

3 septembre. — L'exanthème n'est plus visible. On ne perçoit pas de desquamation.

5 septembre. — On perçoit sur le cou et le tronc une desquamation très nette.

Elle se continue les jours suivants et s'achève par larges lambeaux aux pieds et aux mains, au bout d'un mois seulement.

Les urines n'ont contenu de l'albumine à aucun moment.

Le 7 octobre. — Exéat.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

M... (Blanche), 8 ans 1/2, entrée à l'hôpital Trousseau, pavillon Davenne, le 28 septembre 1893.

Antécédents pathologiques. — A eu la rougeole à 2 ans 1/2. Est d'une nature vraisemblablement scrofuleuse, car plusieurs ganglions du cou étaient engorgés avant le début de son affection actuelle.

La sœur aînée de la petite malade, âgée de 12 ans, a la scarlatine depuis trois semaines environ. Cette dernière, dont la température est montée à 41 et 42 degrés, a été traitée par les bains froids ; elle se trouve encore dans la salle où est sa petite sœur ; et plusieurs abcès sont venus compliquer sa maladie.

Le 26 septembre. — Elle a éprouvé quelque malaise et un mal de gorge assez violent s'est fait sentir ; la malade n'a pas éprouvé d'autres accidents.

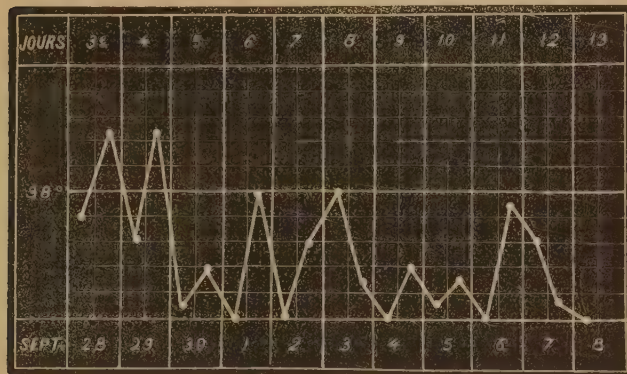
Le 28. — Exanthème scarlatineux intense et généralisé ; la face elle-même est envahie. Cet exanthème date de la veille, d'après les renseignements fournis par la malade. La gorge présente une coloration foncée et diffuse de toute la région de l'arrière bouche ; les amygdales sont tuméfiées, et l'une d'elles est recouverte d'un exsudat pultacé. Engorgement des ganglions sous et rétro-maxillaires considérable. Il est vrai que la malade

avait déjà un peu d'adénite auparavant. La déglutition est un peu gênée. La langue est recouverte, au centre, d'un enduit saburral ; à la pointe et sur les bords, elle est rouge, framboisée, complètement dépouillée de son épithélium. L'état général de la fillette est excellent, elle joue, elle rit, et s'amuse avec ses voisines qui sont en convalescence. Les nuits sont cependant un peu agitées, et la soif est un peu plus vive que normalement. On lui donne des potages et du lait. Il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

T. m. 38°, 1 ; s. 38°, 4. P. m. 120.

Le 29. — L'érythème persiste, la gorge est encore très rouge ; la matière pultacée siégeant sur l'amygdale est disparue ; la langue est complètement dépouillée de son épithélium, et présente l'aspect framboisé, caractéristique ; les papilles font saillie. Etat général bon.

T. m. 37°, 6 ; s. 38°, 5. P. m. 118.



Le 30. — Pas de modifications notables. La gorge est cependant moins rouge ; mais l'engorgement ganglionnaire est toujours considérable. La déglutition est devenue plus facile.

T. m. 37°, 1 ; s. 37°. P. m. 118.

Le 1^{er} octobre. — Mêmes symptômes, l'angine a à peu près

complètement disparu. La langue est toujours dépouillée Apyrexie.

Le 2. — L'exanthème pâlit et n'est plus guère marqué qu'aux cuisses ; l'angine a disparu complètement, la langue est toujours d'un rouge vif. P. m. 115.

Le 3. — Disparition de l'exanthème et ce même jour, on aperçoit des traces de desquamation très nette au cou et à la partie supérieure de la poitrine. La langue ne s'est pas encore recouverte d'un épithélium. L'état général est excellent et la malade a hâte qu'on lui permette de manger. Les nuits sont bonnes.

Le 4. — Une desquamation furfuracée a envahi la face. Le pouls est tombé à 80. — L'engorgement des ganglions cervicaux a beaucoup diminué.

Le 6. — Etat général excellent, on permet à la malade de manger.

Un mince épithélium revêt maintenant la langue.

Les jours suivants, la desquamation continue, pour s'achever, par les mains et les pieds vers le 25.

Les phénomènes généraux ne se sont montrés à aucun moment de la maladie, et les urines examinées à plusieurs reprises, n'ont pas révélé la présence d'albumine.

Le 29 octobre. — La malade quitte l'hôpital.

Il nous a été impossible de remonter, pour toutes nos observations, à la source étiologique de l'infection. Aussi nous objectera-t-on peut-être, que la nature scarlatineuse des cas que nous venons de rapporter n'est pas suffisamment établie.

Mais on sait avec quelle activité se propage le contagion scarlatineux chez les enfants surtout. Or, toutes nos observations ont été prises dans des salles exclusivement affectées à la scarlatine.

Peut-on vraisemblablement admettre que pas un seul de nos petits malades aurait pu rester si longtemps en contact permanent, avec des scarlatines, à toutes les périodes et à tous les degrés sans contracter aussi la maladie?

CONCLUSIONS

Nous croyons pouvoir maintenant formuler les conclusions suivantes :

1° Il existe une forme de scarlatine où la fièvre peut faire entièrement défaut (37° à 38° , temp. rectale); ou bien n'atteint qu'un chiffre peu élevé et cela d'une façon tout à fait éphémère (temp. rect. 38° à $38^{\circ}.5$).

2° On observe cette scarlatine apyrétique, à l'état sporadique, et dans les épidémies à côté de formes hyperthermiques.

3° Elle est contagieuse, et peut engendrer des scarlatines apyrétiques comme elle, des scarlatines fébriles et compliquées, des scarlatines frustes sous forme d'angines pseudo-membraneuses.

Les mêmes formes que nous venons de citer lui peuvent également donner naissance.

4° La scarlatine apyrétique peut reproduire avec toute leur intensité les symptômes locaux de la scarlatine normale. La langue dépouillée et hérissée de papilles, qui n'a pas été observée par Fiessinger, a été rencontrée plusieurs fois par nous.

5° Les phénomènes généraux font à peu près complètement défaut dans la scarlatine apyrétique; les enfants conservent presque toujours leur gaieté et leur appétit.

6° Le pouls doit être le plus souvent accéléré.

7° Le diagnostic avec certains érythèmes scarlatini-formes, en particulier les érythèmes spontanés, peut, à défaut de notions étiologiques ou de signes pathognomoniques, être très difficile.

8° Le pronostic est favorable.

9° La scarlatine apyrétique étant contagieuse, les mêmes mesures prophylactiques doivent être prises pour elle, que pour la scarlatine classique.

10° Nous pensons que la scarlatine apyrétique tient son anomalie de la constitution particulière des sujets.

BIBLIOGRAPHIE

- Alméras.** — Thèse de Paris, 1862.
Baron. — Gaz. méd., 1850, obs. II.
Besnier. — Annales de dermatologie et de syphilographie. Janv. 1890.
Bouchard. — Semaine médicale. Mars 1893.
Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des maladies de l'enfance, 1882, T. II.
Fiessinger. — Gaz. médic. Mars 1893, n° 9 et 10.
Fleury et Monneret. — Compendium de médecine, 1846, art. Scarl., T. VII.
Guinon. — (art. Scarl. par). Nouv. traité de médec. par Charcot et Bouchard.
Jolly. — Archives générales de médecine, 1^{re} série, T. 18.
Letulle. — Thèse d'agrégation. Paris, 1886.
Mussy. — Thèse de Paris, 1892.
Picot. — Nouv. Dict. de médecine et de chirurgie pratiques, 1882.
Rilliet et Barthez. — Traité des maladies de l'enfance. T. III, 1843.
Roger. — Journ. de médecine et de chirurgie pratiques, 1864.
Sanné. — (art. Scarl.). Dict. Dechambre, 1879.
Trousseau. — Cliniques médicales. T. I.
Wertheimber. — Munch med. Wochens, 1^{er} juillet 1890.
-

Vu : le Président de thèse,
DEBOVE.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

